

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 31

FACULTÉ DE MÉDECINE

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

A PETIT LAMBEAU CONJONCTIVAL LIBÉRÉ

PROCÉDÉ ET RÉSULTATS

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Le 28 juillet 1915

PAR

Charles ROUMÉGOUS

Né à Montpellier (Hérault), le 18 février 1888

ASSISTANT A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
INSPECTEUR-OCULISTE ADJOINT DES ÉCOLES DE LA VILLE DE MONTPELLIER

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

(Concours 1909 — Mention très honorable)

(Concours 1913 — Prix. Médaille d'argent)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

TRUC, Professeur, *Président.*

GILIS, Professeur

MOURET, Prof.-adjoint

J. DELMAS, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1915

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 31

FACULTÉ DE MÉDECINE

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

A PETIT LAMBEAU CONJONCTIVAL LIBÉRÉ

PROCÉDÉ ET RÉSULTATS

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Le 28 juillet 1915

PAR

Charles ROUMÉGOUS

Né à Montpellier (Hérault), le 18 février 1888

ASSISTANT A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
INSPECTEUR-OCULISTE ADJOINT DES ÉCOLES DE LA VILLE DE MONTPELLIER

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

(Concours 1909 — Mention très honorable)
(Concours 1913 — Prix. Médaille d'argent)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

TRUC, Professeur, *Président.*

GILIS, Professeur.

MOURET, Prof.-adjoint

J. DELMAS, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 3

1915



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*), DOYEN.
SARDA, ASSESSEUR.
IZARD, SECRÉTAIRE.

Professeurs

<i>Clinique chirurgicale.</i>	MM. TEDENAT (*).
<i>Clinique médicale.</i>	CARRIEU (*).
<i>Clinique des maladies ment. et nerv.</i>	MAIRET (*).
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT (*).
<i>Botanique et Histoire naturelle médicales.</i>	GRANEL.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	FORGUE (*).
<i>Clinique ophtalmologique.</i>	TRUC (O. *).
<i>Chimie médicale.</i>	VILLE.
<i>Physiologie.</i>	HEDON.
<i>Histologie.</i>	VIALLETON.
<i>Pathologie interne.</i>	DUCAMP.
<i>Anatomie.</i>	GILIS (*).
<i>Clinique chirurg. infantile et orthopédie.</i>	ESTOR.
<i>Microbiologie.</i>	RODET.
<i>Médecine légale et Toxicologie.</i>	SARDA.
<i>Clinique des maladies des enfants.</i>	BAUMEL (*).
<i>Pathologie et thérapeutique générales.</i>	BOSC.
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS (H.).
<i>Clinique médicale.</i>	RAUZIER (*).
<i>Clinique obstétricale.</i>	VALLOIS.
<i>Thérapeutique et Matière médicale.</i>	VIRES.
<i>Anatomie pathologique.</i>	MASSABUAU.

PROFESSEURS ADJOINTS : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O*).
SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.	PUECH, prof.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, prof.-adjoint.
Patologie externe.	LAPEYRE, agr. 1. (ch. de c.).
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (*), a. 1. (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, agr. 1. (ch. de c.).
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. 1. (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALAVIELLE.	CABANNES.	ROGER.
GRYNFELTT Ed.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFFOUL.	DELMAS Paul.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	
GAUSSEL.	DELMAS J.	
RICHE.	RIMBAUD.	

Examinateurs de la Thèse

MM. TRUC, professeur, <i>président</i> .	MM. MOURET, professeur-adjoint.
GILIS, professeur.	J. DELMAS, <i>agrégé</i> .

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Père et à ma Mère

*Qu'ils reçoivent ici l'expression de
notre éternelle reconnaissance pour leur
dévouement sans bornes et leur inépuisable
bonté.*

A ma Sœur

Affectueux Hommage

CHARLES ROUMÉGOUS

A ma Femme

*Faible témoignage
de mon amour pour elle.*

CHARLES ROUMÉGOUS

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. TRUC

*Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Université*

Hommage de respectueuse gratitude

CHARLES ROUMÉGOUS

A Monsieur le Docteur GILIS

*Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur d'Anatomie à l'Université*

Respectueux hommages

A Monsieur le Professeur-adjoint MOURET

A Monsieur le Professeur-agrégé J. DELMAS

CHARLES ROUMÉGOUS

Meis et Amicis

CHARLES ROUMÉGOU



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0012

AVANT-PROPOS

A l'heure où se termine notre vie d'étudiant et où nous allons quitter cette Faculté, il est pour nous un devoir sacré auquel nous ne faillirons pas, c'est celui de remercier tous ceux qui, par leur bonté et leur dévouement, nous ont permis d'atteindre le but de nos efforts.

Et tout d'abord, nous devons exprimer notre reconnaissance à nos bons parents, qui nous ont prodigué, sans compter, leurs peines et leur amour, et continuent chaque jour à nous combler de bienfaits.

Qu'il nous soit permis de témoigner à M. le Professeur Truc toute l'affection que nous ressentons pour lui. Depuis le jour où il voulut bien nous admettre au nombre de ses élèves, nous n'avons cessé d'apprécier son inépuisable bonté. Son enseignement et son exemple journalier nous ont fait comprendre et aimer l'ophtalmologie, et resteront le guide de toute notre vie.

Que M. le Docteur Gilis, notre premier maître, dont les conseils paternels et les soins dévoués ne nous ont jamais fait défaut, reçoive ici l'humble hommage de notre gratitude pour l'amitié dont il nous a toujours entouré.

Que M. le Professeur adjoint Mouret et M. le Professeur agrégé Delmas soient remerciés de l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de juger notre thèse.

Il est d'autres maîtres auxquels nous voudrions dire en ce jour toute la reconnaissance que renferme notre cœur. Parmi eux, M. le Professeur Grasset nous permettra de lui adresser ici nos respectueux remerciements.

Enfin il nous faut citer aussi nos amis, MM. les docteurs Pansier et Léviell, qui furent toujours pour nous des camarades sûrs et dévoués.

Arrivé à la fin de cet avant-propos, nous ne pouvons oublier que beaucoup de ceux dont la présence nous eût été chère en ce jour solennel sont loin de nous, retenus par un glorieux Devoir. — Parents et amis, ils défendent avec vaillance le sol national, quelques-uns même, ont déjà donné leur sang pour la Patrie. Qu'il nous soit permis, au seuil de cette étude, de leur adresser l'hommage ému et respectueux de notre admiration.

INTRODUCTION

Lorsque nous avons commencé ce travail, nous avions l'intention de donner la statistique complète des cataractes opérées à la Clinique ophtalmologique de Montpellier et d'étudier séparément les diverses variétés observées, ainsi que les procédés opératoires correspondants. Mais, après mûre réflexion, il nous a paru que cette œuvre, pour ne pas être insuffisante, exigerait un temps plus long que celui dont nous disposons. Aussi, nous avons préféré nous borner, et, sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur Truc, traiter seulement de « l'extraction de la cataracte à petit lambeau conjonctival entièrement libéré ».

C'est là un procédé employé par Monsieur le Professeur Truc depuis environ une vingtaine d'années. Il a fait l'objet d'un mémoire paru en 1914 dans la *Revue générale d'Ophtalmologie*, mémoire qui met la question au point et que nous reproduisons intégralement dans la première partie de ce travail.

A l'exposé de ce procédé, nous ajouterons, comme pour l'illustrer en quelque sorte, la statistique des cataractes opérées de l'année 1897 à 1914 inclus. Nous aurions pu commencer à 1887, année où fut créée la Clinique, mais notre Maître ayant déjà étudié les dix premières années, nous avons repris ce travail au point où il l'avait laissé. Cette énumération montrera l'importance de l'extraction à lambeau conjonctival, puisque c'est elle qui est pratiquée dans les huit-dixièmes environ des cataractes. Nous donnerons également les résultats de ces interventions et, dans une brève étude, nous passerons en revue l'opération de la cataracte à la Clinique ophtalmologique de Montpellier pendant ces dix-sept dernières années.

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

A PETIT LAMBEAU CONJONCTIVAL LIBÉRÉ

PROCÉDÉ ET RÉSULTATS

PREMIÈRE PARTIE

On ne saurait guère innover dans l'extraction de la cataracte, mais chacun combine certains procédés opératoires qui semblent mieux convenir à ses propres conditions professionnelles (1).

C'est ainsi que je pratique depuis longtemps l'extraction à lambeau conjonctival de Desmarres, remis brillamment en honneur par mon ancien assistant Pansier (2) (d'Avignon) et mon ami Vacher (3) (d'Orléans), et que je préfère, à leur rencontre, le petit lambeau libéré au grand lambeau adhérent ou à pont.

Le lambeau conjonctival restant à l'ordre du jour, et l'ayant employé dans un millier de cas, je me propose de l'étudier, en insistant sur le lambeau libéré.

(1) Ce travail était à l'ordre du jour du dernier Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie, mais, par indisposition, ne lui a pas été présenté.

(2) P. PANSIER (d'Avignon), l'Extraction de la cataracte par incision avec lambeau conjonctival adhérent (*Ann. Ocul.*, 1899, t. CXXII, p. 267).

(3) VACHER (d'Orléans), Note sur l'opération de la cataracte par un procédé à lambeau conjonctival adhérent. Ses avantages sur la suture de la cornée (*Soc. d'Opht. de Paris*, 1899, p. 420).



C'est Desmarres qui a préconisé le lambeau kérato-conjonctival dans son lambeau conjonctival adhérent et le *Traité des Maladies des yeux* (1). Il a d'ailleurs décrit le lambeau conjonctival libéré. Et de même que toute l'extraction de la cataracte, extraction simple et extraction combinée, a été créée par notre Daviel, de même toute l'extraction à lambeau adhérent ou libéré appartient à notre Desmarres. Pansier et Vacher, ce dernier avec grands détails, ont loyalement reconnu cette priorité et rendu pleine justice au grand oculiste français.

Mais si Desmarres a gardé le droit d'invention ou de découverte, Pansier et Vacher ont le mérite de l'application personnelle et de la vulgarisation pratique. Vacher en particulier, est revenu à plusieurs reprises et en détail sur le procédé à lambeau conjonctival ; il l'a pratiqué dans des centaines de cas avec les plus brillants résultats et l'a définitivement imposé à l'attention générale.

Il a même employé, comme Desmarres, les deux procédés à lambeau adhérent et libéré, mais il a surtout pratiqué le procédé adhérent qu'il a justement appelé procédé à pont conjonctival.

Le procédé à pont mériterait vraiment de rester le procédé de Vacher.



On a recherché, dans l'extraction de la cataracte, l'exacte et prompte coaptation de la plaie cornéenne pour éviter les enclavements iriens et l'infection intraoculaire. Les diverses sections cornéennes, leur forme, leur siège, leur étendue, dans ce sens, ont varié à l'infini. Les sutures cornéennes de Williams, de Suarez de Mendoza et Kalt, la poche conjonctivale de Czermatt ou Dimmer, la suture en bourse de Rohmer, les lambeaux de

(1) Dans la première édition de 1838, p. 624 (d'après Pansier, p. 273), Desmarres indique le lambeau conjonctival comme un accident à éviter.

Darier (1), Kuhnt (2), Van Lint (3), Kruckmann (4), les disques de Galezowski, l'occlusion bilatérale des paupières, la compression, le repos, tout convergeait vers une rapide et parfaite cicatrisation cornéenne.

La difficulté instrumentale et pratique des sutures de la cornée, malgré les beaux succès de Kalt aux Quinze-Vingts, les a fait généralement délaissier et réserver aux seuls cas compliqués ; la suture en bourse de Rohmer paraît excessive et ordinairement superflue, etc.

Mais on a remarqué, occasionnellement ou accidentellement. l'utilité des lambeaux conjonctivaux et on devait de temps à autre s'y arrêter. C'est ce qui avait lieu parfois dans le procédé de de Graefe avec son fin couteau, vrai procédé linéaire scléro-conjonctival nécessitant l'iridectomie et dirigé surtout contre l'infection ; c'est ce qui arriva à Pansier, à Vacher, à d'autres, sans doute, et à moi-même.

On savait d'ailleurs, en chirurgie générale, que la cicatrisation des tissus est favorisée par leur coaptation exacte et que l'infection sous-cutanée et sous-muqueuse était relativement rare. Les ponctions séreuses, les sections obliques, les ténotomies sous-cutanées, même avant l'antisepsie, n'ont-elles pas enfin fourni leurs preuves d'innocuité ?

Mais c'est surtout dans les cas compliqués que le besoin d'assurance ou de protection sous-conjonctivale devenait plus impérieux, dans les cataractes symptomatiques, avec des yeux sail-lants ou hypertones, au milieu des inflammations périoculaires, chez des malades nerveux ou indociles, etc... Et l'on comprend

(1) A. DARIER, *Gazette des Hôpitaux*, 1892 et *Leçons de Thérapeutique oculaire*, 1902, p. 220. Ces indications de priorité sont justement rappelées par Darier, dans un article de la *Clinique ophtalmologique*, du 10 janvier, qui parut après l'envoi de notre propre manuscrit (Truc).

(2) KUHNT, *Verwerthbarkeit der Bindehaut in der praktischen und operativen Augenheilkunde*, Wiesbaden, 1898.

(3) VAN LINT, Opération de la cataracte avec glissement de la conjonctive (*Soc. Fr. d'Oph.*, 1911, p. 136).

(4) KRUCKMANN, Ueber die prophylaktische Bindehautdeckung von Hornhautwinden bei schwierigen Linsen Extractionen (*Centr. f. Aug.*, 1913).

que dans certaines régions professionnelles où ces diverses complications sont plus fréquentes, la recherche de meilleures conditions de cicatrisation devienne impérieuse et que l'idée du lambeau conjonctival se présente naturellement.

Il en fut ainsi pour moi dans la région et à la clinique de Montpellier.

A la clinique ophtalmologique universitaire de l'Hôpital général, durant les dix premières années (1887-1897), sur un millier d'opérations de cataracte, nous constatons 50 o/o de complication préopératoires (dacryocystites, blépharites, conjonctivites, leucomes, irido-choroïdites, neuro-rétinites, etc). Nos patients étaient souvent décrépits, malpropres, nerveux, indociles. Nous recevions, en outre, la plupart des mauvais cas régionaux. Malgré tout, malgré de nombreux traumatismes accidentels post-opératoires, notre première statistique nous donnait d'excellents résultats avec seulement 0,4 pour 100 de panophtalmies. Les opérations préliminaires, les pansements appropriés, une antisepsie vigilante, les calmants, une surveillance soutenue permettaient d'éviter la plupart des complications post-opératoires.

Certains procédés personnels facilitaient aussi notre thérapeutique : kérato-kystitomie, sections larges et périphériques, pansements collodionnés et humides, entraves manuelles, etc.

Dans ma clientèle, les complications préopératoires étaient un peu moins fréquentes et les résultats semblaient encore meilleurs.

Cet état régional tenait sans doute aux habitudes individuelles, à l'incurie oculaire générale, à la méconnaissance médicale des suites opératoires des lésions externes, à la fréquence des ophtalmies phlycténulaires, lacrymales et granuleuses (10 pour 100 environ pour chacune d'elles, soit 30 pour 100 dans l'ensemble).

La création d'un service clinique universitaire spécial et la production d'une véritable pléiade d'oculistes spécialisés ont considérablement modifié la situation ophtalmologique régionale, mais il existe toujours une grande proportion de lésions préopératoires.

De telles difficultés thérapeutiques m'ont naturellement incité de bonne heure à la recherche des moyens spéciaux de protection opératoire et postopératoire dans l'extraction de la cataracte ; et c'est ainsi que le lambeau conjonctival s'est graduellement imposé à mon observation et dans ma pratique, dans l'extraction simple comme dans l'extraction combinée. J'avais, en effet, remarqué que certaines sections cornéennes périphériques étaient kérato-conjonctivales et que la cicatrisation se faisait plus vite, plus régulière, avec moins de douleur et d'irritation consécutives, et j'appuyais naturellement dans ce sens. Puis je vis que le lambeau conjonctival s'adaptait presque immédiatement sur la plaie cornéenne, la recouvrait, la maintenait exactement. En certains cas difficiles, cette plaie protégée résiste aux contractions nerveuses, aux clignements excessifs et à certaines pressions accidentelles. Enfin, dans les inflammations blépharo-conjonctivales ou lacrymales, il n'y avait presque jamais d'infection suppurative consécutive.

Dès lors, je pratiquais méthodiquement un lambeau conjonctival plus ou moins étendu. Et quand les publications de Pansier et de Vacher parurent, mon opinion naturellement se confirma et ma pratique s'affermir. Je n'ai pas varié depuis, mais je me suis préoccupé de mieux assurer mon lambeau libéré, ce lambeau s'étalant aisément sur la plaie cornéenne et devenant presque aussitôt et solidement adhérent.

Les sutures conjonctivales me semblaient compliquer le procédé et ne m'ont pas tenté. Le cas échéant, je ne ferais pas celles de Rohmer, mais plutôt celle de Moret (1) ou de Dupuy-Dutemps. Quant au procédé adhérent ou à pont, il m'a paru plus pratique, mais encore superflu ; car il est parfois laborieux, il gêne l'extraction cristallinienne ou au moins la toilette consécutive et n'a de vraie raison d'être que dans l'extraction simple que je ne pratique guère qu'exceptionnellement. Je n'ai pas vu opérer Pansier, et je le regrette, car je connais sa maîtrise ; mais je suis

(1) MORET (de Charleroi), Opération de la cataracte avec suture conjonctivale (*Soc. Belge d'Ophth.*, n° 34).

allé à Orléans auprès de Vacher, qui m'y avait gracieusement invité. Et non seulement j'ai pu examiner d'anciens malades avec d'excellents résultats thérapeutiques, mais encore j'ai assisté à cinq ou six opérations magistralement faites par Vacher et Denis (1).

C'est tout à fait remarquable comme dextérité, outillage, antisepsie et, ajouterai-je, comme tolérance oculaire.

Vacher a déjà décrit lui-même soigneusement son manuel opératoire et, tout récemment, l'emploi complémentaire de la spatule pour éviter la section de l'iris par le tranchant du couteau durant la kératotomie.

Après anesthésie oculaire complète de dix minutes avec cocaïne au vingtième, Vacher fait d'abord un grand lambeau cornéen supérieur et termine obliquement la section de la cornée ; il fait aussi, ras la sclérotique, un vaste pont de 7 à 8 millimètres de large et 1 centimètre de haut ; enfin, ablation capsulaire et extraction lenticulaire sans iridectomie, avec toilette pupillaire répétée à la curette. Cette toilette, très méthodique, est poussée énergiquement jusqu'à pupille noire.

La curette presse sur la conjonctive, au niveau du pont, de haut en bas, ramène les débris vers la pupille, puis, passant sous le pont, les extrait au dehors ; et cela sans issue du vitré et sans douleur appréciable.

Vacher pratique systématiquement l'extraction simple ; j'ajouterai qu'il opère toute cataracte quel que soit son faible degré de maturité. Il ne fait jamais la kérato-kystitomie et il a besoin, dans un tiers des cas, de l'aide de la spatule pour ne pas sectionner l'iris au couteau, ce qui n'est pas sans compliquer la manœuvre. Pansement collodionné simple et renvoi direct du patient à la chambre. C'est presque impressionnant et l'on est à la fois émerveillé de l'habileté de l'opérateur et de la tolérance du globe oculaire.

(1) VACHER et DENIS (d'Orléans), Opération de la cataracte par le procédé à pont conjonctival. Emploi de la spatule pour éviter la section de l'iris par le tranchant du couteau (*Soc. Fr. Ophth.*, 1912, p. 394).

Pratiquant ordinairement la kérato-kystitomie en raison de la défectuosité fréquente des kystitomes ou pinces kystitomes, pratiquant aussi l'iridectomie dans presque tous les cas pour indications multiples, préférant aux très grands lambeaux cornéens des lambeaux ordinaires, redoutant enfin l'usage de la spatule en avant de l'iris, je ne fais guère le grand lambeau conjonctival adhérent ou à pont de Vacher, mais j'apprécie de plus en plus les avantages du petit lambeau conjonctival libéré et je l'exécute presque systématiquement. C'est ce procédé opératoire, ce sont les conditions personnelles du lambeau libéré, ses avantages, ses indications et contre-indications que je vais maintenant exposer.

OPÉRATION. — La toilette oculaire terminée, l'œil anesthésié à la cocaïne et l'écarteur en place, on fixe à la pince le globe en bas ou en dedans de la main gauche.

Premier Temps. Taille du lambeau kérato-conjonctival. — Avec le couteau tenu de la main droite, on ponctionne au-dessus du diamètre horizontal de la cornée, à 1 ou 2 millimètres de la portion transparente et on contre-ponctionne du côté opposé en un point plus ou moins symétrique. La kystitomie peut être largement pratiquée, de bas en haut, avec la pointe du couteau ou bien on la réserve après la section cornéenne. En tout cas, la kératotomie est menée latéralement, avec section de la conjonctive et le couteau parallèle à l'iris, jusqu'au sommet transparent de la cornée. A ce niveau, la cornée étant sectionnée, la conjonctive est soulevée et coupée au-dessus, plus ou moins haut, selon que le tranchant du couteau est conduit parallèlement à la sclérotique ou ramené en avant par un léger mouvement de rotation.

Il importe que le lambeau conjonctival soit régulier, sa section débordant également la section kératique de 1 ou 2 millimètres, et que la courbe conjonctivale soit concentrique à la courbe cornéenne. Parfois cependant, le lambeau conjonctival reste un peu plus large en haut que sur les côtés. Il peut enfin être plus ou moins irrégulier.

Quoi qu'il en soit, la section kérato-conjonctivale terminée, il faut enlever la pince à fixation, remettre I ou II gouttes de coca-adréraline et, s'il y a quelque hémorragie au niveau de la plaie, faire une légère irrigation de sérum tiède.

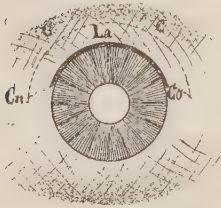


FIG. 1. Incisions.

C, Conjonctive. Cn, Incision cornéenne. Co, Incision conjonctivale. La, Lambeau conjonctival.



FIG. 2. — Lambeau.

C, Conjonctive. Sclér., lit scléral. La, Lambeau conjonctival retourné sur la cornée.

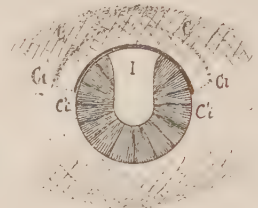


FIG. 3. — Cicatrices.

C, Conjonctive. Ci, Cicatrice conjonctivale. Ci, Cicatrice cornéenne. I, Iridectomie.

Deuxième temps. Renversement du lambeau conjonctival sur la cornée. — Le lambeau conjonctival est ensuite retourné et renversé sur la cornée, découvrant la partie correspondante avec un pinceau de ouate, de la scléro-cornée. On pratique alors la kystitomie, la kystectomie, l'iridectomie éventuelle, etc., comme d'ordinaire, puis on procède à l'extraction de la cataracte et à la toilette consécutive.

Troisième temps. Remise en place du lambeau conjonctival. — L'extraction et la toilette terminée, l'hémorragie occasionnelle arrêtée, l'iris bien en place, les lèvres de la section kératique soigneusement coaptées, on ramène avec la spatule le lambeau conjonctival très exactement en haut et sur les côtés. S'il y a quelques déplacements des lèvres de la plaie, on les corrige délicatement de manière à recouvrir tout le lit conjonctival.

La réapplication du lambeau est ordinairement facile avec la spatule et sa coaptation presque immédiate. Dans certains cas, l'occlusion cornéenne est si complète et la soudure conjonctivale si exacte, que la chambre antérieure paraît normale et l'œil presque intact. On a même quelque peine, le cas échéant, à

rouvrir la chambre antérieure et à décoller les lèvres conjonctivales.

Des sutures quelconques se trouvent ainsi absolument superflues. Je n'en ai jamais pratiqué.

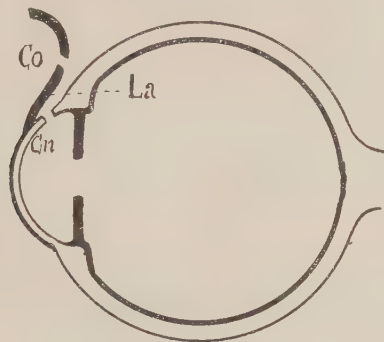


FIG. 4. — Schéma.

Cn, Section cornéenne. Co, Section conjonctivale. La, Lambeau conjonctival recouvrant la section cornéenne.

Pansement. — Toilette définitive, une dernière goutte de cocaïne-adrénaline, si besoin atropine ou ésérine, enfin pansement contentif. Mon pansement, binoculaire, humide et sans bande, consiste en quelques rondelles de ouate hydrophile recouvertes de gaze collodionnée et arrosées fréquemment de sérum physiologique. Quand tout est correct et normal, les yeux sont au repos, la section kératique reste bien sous-conjonctivale, la cicatrisation et la guérison s'effectuent presque sans douleur et dans l'espace de quelques jours. Mais il peut survenir aussi diverses difficultés immédiates ou consécutives qu'il importe de signaler. Ici, comme partout, il y a des avantages et des inconvénients qu'il convient judicieusement d'apprécier.

Les *avantages* du lambeau résident essentiellement dans la protection de la section cornéenne assurant la coaptation des lèvres de la plaie, l'occlusion de la chambre antérieure, la cica-

trisation consécutive, diminuant enfin l'irritation oculaire et, peut-être, l'astigmatisme opératoire.

L'*astigmatisme* semble, en effet, moindre avec le lambeau conjonctival, mais elle dépend aussi de la régularité de la section cornéenne ou des enclavements iriens et n'a pas grande importance, car elle se réduit rapidement ; j'ajoute qu'elle est variable aussi, ce qu'on oublie volontiers, avec l'astigmatisme préopératoire assez fréquente.

La *douleur consécutive* paraît réduite, car la plaie conjonctivale est moins sensible que la plaie cornéenne et d'ailleurs reportée plus haut, loin des frottements palpébraux occasionnels.

La *protection de la plaie*, par contre, est de tout point supérieure ; non que la coaptation des lèvres cornéennes soit plus exacte qu'avec la section limbique extra-conjonctivale et c'est peut-être le contraire ; mais parce qu'elle paraît plus solide et mieux assurée contre la béance ou la réouverture accidentelle et l'infection consécutive.

La béance ou réouverture de la plaie cornéenne se trouve, en effet, empêchée ou atténuée par le lambeau qui adhère d'emblée, au point qu'il faut le décoller quelques instants après si l'on veut pénétrer dans la chambre antérieure. Quelques heures plus tard, l'adhérence est assez forte pour résister à une pression externe, à de l'hypertension et même à une hémorragie profuse. Je pourrais citer bien des cas à l'appui.

Mais c'est surtout comme *asepsie* que le lambeau est recommandable. D'abord, la section extra-limbique de la cornée, section presque sclérale, est moins susceptible d'infection, et c'était même une des raisons primitives de l'extraction linéaire de de Graefe ; ensuite, la plaie recouverte du lambeau conjonctival est mieux nourrie et plus à l'abri des infections extérieures, et c'est ainsi d'ailleurs dans les ponctions, les sections sous-cutanées et même dans les recouvrements de toute plaie cornéenne ou sclérale par la méthode de Kuhnt.

Cliniquement, je n'ai guère d'infections dans les grands lambeaux, et s'il en est survenu parfois, c'est ordinairement quand le

lambeau s'est trouvé insuffisant et irrégulier. Vacher a également observé, avec le pont, la limitation infectieuse cornéenne aux seules parties latérales dépourvues de conjonctive. J'ai pu ainsi heureusement opérer des nombreux cas de cataracte avec blépharo-conjonctivites ou troubles lacrymaux rebelles et irréductibles.



Les *inconvénients* du lambeau conjonctival libéré sont multiples, mais relativement minimes : difficulté d'exécution, enroulement, hémorragies, cicatrice adhérente.

La *difficulté de taille* d'un grand lambeau est parfois réelle, mais seulement avec kérato-kystitomie. Si l'on pratique séparément la kératotomie, puis la kystitomie ou la kystectomie, et à moins que l'iris ne se mette devant le tranchant du couteau, la taille du lambeau devient plutôt facile. Dans un cas récent, particulièrement compliqué et à très grande responsabilité, j'ai dû, pour assurer un grand lambeau conjonctival et contrairement à mes habitudes, faire ainsi séparément la kératotomie et la kystitomie ; et dans ce cas, la protection a été si efficace qu'il a été possible d'éviter toute douleur, toute infection, toute astigmatie, de permettre certaines habitudes (fumer, douches, alimentation lourde), de supporter de violents efforts (toux, vomissements) et d'obtenir, malgré tout, un parfait résultat opératoire et thérapeutique.

L'*enroulement* du lambeau n'a lieu que s'il est irrégulier ou insuffisant ; avec la spatule, il est ordinairement facile de le rabattre, sur la cornée puis, la toilette terminée, de l'étaler sur son lit scléro-cornéen. Il arrive cependant que, durant l'iridectomie, le lambeau soit entamé par les ciseaux et présente une languette effilée roulée en allumette, mais il vaut mieux alors la sectionner entièrement et l'enlever.

L'*hémorragie* constitue le véritable inconvénient du lambeau conjonctival. Elle survient, malgré la cocaïne et l'adrénaline, chez les scléreux, les athéromateux, les variqueux séniles ou

chez les glaucomateux. Le sang est plus ou moins abondant, soit au niveau de la plaie conjonctivale, soit dans la chambre antérieure. A l'extérieur, l'irrigation locale, l'adrénaline, suffisent à l'hémostase ; à l'intérieur, le liquide hématique gêne l'extraction et exige que l'on la suspende quelques instants. On peut d'ailleurs l'éviter soit en respectant les gros vaisseaux ciliaires ou conjonctivaux par une section latérale, soit en soulevant et vidant ces vaisseaux sur le tranchant du couteau avant de les sectionner. Cette dernière petite manœuvre m'a évité, dans le cas ci-dessus, de graves risques hémorragiques. Quant à la cicatrice scléro-conjonctivale post-opératoire, elle n'offre aucun inconvénient, au contraire, sauf dans l'extraction après iridectomie préparatoire. Dans ce cas, un nouveau lambeau est difficile à tailler ; il en est ici, pour la capsule de Tenon, comme avec toute adhérence séreuse péritonéale, pleurale ou autre. Pour aboutir il faut, dans l'iridectomie préparatoire, opérer dans le limbe et renoncer au lambeau ou bien tailler d'abord un petit lambeau d'iridectomie et plus tard un grand lambeau supérieur pour l'extraction.

Tels sont les avantages et les inconvénients absolus du petit lambeau conjonctival libéré ordinaire.

Quels sont maintenant les avantages et les inconvénients relatifs de ce lambeau libéré par rapport au lambeau adhérent ou à pont ?

La taille du petit lambeau libéré est une opération ordinaire qui ne complique en rien la manœuvre courante ; il convient à toute extraction simple ou combinée ; le lambeau adhérent ou à pont est une opération spéciale, parfois difficile et compliquée, qui s'adapte surtout à l'extraction simple. -

La taille du grand lambeau à pont semble parfois difficile, souvent compliquée et presque exclusive de l'iridectomie. Elle est parfois difficile, car le lambeau doit être large de 5 millimètres au moins, haut de 8 à 10 millimètres et ce n'est pas toujours possible ; il n'y faut guère compter avec la kérato-kystitomie. Elle est compliquée, car avec le grand lambeau cornéen de Vacher, l'iris vient volontiers sur le tranchant du couteau ; je

J'ai vu plusieurs fois chez notre confrère et il l'a indiqué lui-même, ainsi que l'emploi de la spatule pour y remédier ; mais ce moyen et cette spatule ne me disent rien qui vaille et je ne saurais les employer couramment chez mes malades.

Enfin, si l'on peut pratiquer l'iridectomie, celle-ci est plus laborieuse qu'à ciel ouvert, souvent latérale, et n'a plus de raison d'être comme opération préparatoire à l'extraction.

Le petit lambeau libéré, au contraire, est facile à tailler, avec tout lambeau cornéen, avec ou sans iridectomie consécutive, avec kératotomie ou kystotomie associées ou distinctes. Et dans les conditions ordinaires, surtout avec iridectomie, il a tous les avantages du grand lambeau à pont.

Dans ces conditions, je continue à pratiquer le procédé à lambeau libéré et je le préfère à tout autre. Depuis une quinzaine d'années, il me donne les meilleurs résultats protecteurs en assurant l'occlusion sous-muqueuse de la plaie cornéenne contre les béances dangereuses ou les pressions accidentelles et surtout en assurant la cicatrisation rapide et aseptique de la cornée et la chambre antérieure.

Grâce au procédé à lambeau conjonctival libéré, mes acuités visuelles sont bonnes, les ruptures cornéennes relativement rares et les infections vraiment exceptionnelles. Dans mon milieu hospitalier et régional, avec complications préopératoires dans la moitié des cas je ne saurais espérer mieux.

Je conclus donc que les procédés à lambeaux conjonctivaux sont avantageux dans l'extraction de la cataracte et me paraissent devoir, sauf exception, remplacer les sutures cornéennes.

Ces procédés ne comportent guère de sutures conjonctivales et doivent être à pont ou à lambeau libéré.

Le procédé à lambeau adhérent ou à pont me paraît difficile, parfois compliqué et adapté surtout à l'extraction simple.

Le procédé à lambeau libéré convient presque à tous les cas, avec ou sans iridectomie, avec un minimum de difficultés, de

complications et de risques ; il donne une grande sécurité au malade et au médecin, contre les accidents de pression ou de rupture et surtout contre les infections suppuratives.

Dans les milieux suspects et dans les cas difficiles ou compliqués, c'est même un procédé spécialement recommandable et il reste, pour moi, le procédé de choix.

J'ajoute, en terminant, que j'ai entrepris, avec mon ami le professeur Vialleton, dans nos laboratoires d'histologie et de clinique ophtalmologique, une série de recherches anatomiques pour préciser les conditions spéciales de la cicatrisation kératique avec ou sans lambeau conjonctival et donner ainsi à la clinique une assise expérimentale.

Les résultats obtenus seront publiés ultérieurement.

DEUXIÈME PARTIE

STATISTIQUE

Nous nous proposons, dans cette étude, de donner la Statistique des Cataractes opérées à la Clinique ophtalmologique de Montpellier, de l'année 1897 à 1914, et d'en indiquer les principales caractéristiques. Tout d'abord, nous aurons en vue le Nombre et la Nature des Cataractes ainsi que leur répartition en sexe et en âge. Ensuite, dans un deuxième chapitre, nous indiquerons quelles ont été les interventions pratiquées, leurs indications et le nombre de chacune d'elles. Enfin, nous donnerons les résultats obtenus et nous dirons un mot, pour terminer, des complications observées.

CHAPITRE PREMIER

NOMBRE ET NATURE DES CATARACTES OPÉRÉES

Si l'on consulte les observations et la liste des entrées à la Clinique, on constate tout d'abord que le nombre des opérations est légèrement inférieur à celui des malades atteints de cataractes ; c'est qu'en effet on n'intervient qu'à bon escient, et l'on élimine tous ceux dont l'état régional, local ou même général est une contre-indication formelle.

Ceci dit, voyons combien il a été opéré de cataractes pendant cette période de dix-sept ans, que nous étudions. Le tableau 1 nous indique le chiffre de 1628, ce qui donne une moyenne de 100 par année, avec, cependant, de légères varian-

les ne présentant aucune particularité digne d'être signalée. Il faut excepter pourtant l'année 1914, où, par suite de la guerre que nous subissons, le chiffre des interventions a subi un fléchissement ; en effet, les 75 cataractes opérées l'ont été pendant les sept premiers mois. Pendant les cinq autres, l'affluence des blessés ou des malades oculaires a gêné le mouvement des malades civils.

Ces 1628 malades se répartissent inégalement suivant le sexe et l'âge, la majeure partie étant porteurs de cataractes séniles, les opérés sont surtout des gens âgés, entré quarante-cinq et quatre-vingts ans environ. Les enfants sont les moins nombreux : quatre-vingt-deux en tout.

Quant au sexe, il nous donne un chiffre de 967 hommes et de 580 femmes seulement, c'est-à-dire un peu plus de la moitié.

Nous avons également recherché quel était le lieu de provenance de nos malades, sans pourtant faire de statistique spéciale. Nous avons trouvé que la plupart provenaient de l'Hérault et aussi des départements voisins : Gard, Aude, Aveyron, Lozère, Pyrénées-Orientales, Vaucluse. Ça et là, on rencontre quelques originaires d'autres contrées de la France, en général fixés depuis longtemps dans le Midi ou venus même pour se faire soigner.

Ainsi que nous le faisons prévoir quelques lignes plus haut, ce sont les cataractes séniles qui sont observées en plus grand nombre, elles occupent environ les trois quarts de la statistique, le reste étant pris par les cataractes congénitales, traumatiques et compliquées, c'est-à-dire choroïdiennes, glaucomateuses ou diabétiques. Parmi ces dernières, ce sont surtout les cataractes traumatiques et congénitales qui sont les plus nombreuses, les autres étant souvent non opérables.

CHAPITRE II

MÉTHODES ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Parmi les procédés opératoires, ceux qui nous intéressent le plus sont ceux où le lambeau conjonctival est pratiqué. Nous dirons néanmoins quelques mots sur les autres avant d'aborder leur étude :

Abaissement. — C'est la méthode la plus ancienne ; elle a été réhabilitée par M. le Professeur Truc et appliquée trois fois dans la période que nous étudions. Elle est surtout indiquée chez les aliénés, les alcooliques ou en cas de risques infectieux graves ; témoin, un polonais, opéré en septembre 1907 par M. Truc. Ce malade, qui présentait un mauvais état lacrymal et conjonctival avec du glaucome, était venu à Montpellier en désespoir de cause, les oculistes de différents pays (Vienne, Londres, Berlin, etc.) ayant refusé de l'opérer. On pratiqua l'abaissement, après avoir fait une iridectomie préparatoire, et le résultat fut excellent.

Discision. — Elle figure dans un plus grand nombre d'interventions. Elle a été appliquée trente-trois fois, dans des cas de cataractes molles, traumatiques ou congénitales. Ce n'est pas d'ailleurs le seul procédé employé pour la cure de ces cataractes, dans lesquelles on pratique également l'extraction.

Aspiration-Succion. — C'est le procédé le plus employé dans les cataractes semi-liquides ou très molles des jeunes sujets et aussi dans les cataractes traumatiques récentes, où il donne d'excellents résultats, confirmés d'ailleurs par l'examen des observations de la Clinique. Ce procédé a été appliqué cinquante-sept fois pendant la période que nous étudions.

Extraction linéaire. — Cette opération, indiquée dans les cataractes molles surtout, n'a été pratiquée qu'une quinzaine de fois.

Extraction simple. — Avec ce procédé et les suivants nous arrivons au petit lambeau conjonctival, qui a été employé dans tous ces cas.

L'extraction simple ou sans iridectomie, qui est généralement adoptée en France, figure pour un certain nombre d'opérations, mais, ainsi qu'on le verra dans le tableau 2, ce n'est pas la plus pratiquée ; c'est qu'en effet elle offre moins de sécurité que les procédés à iridectomie. On la rencontre cent quarante et une fois sur un total de seize cent vingt-huit opérations.

Extraction combinée. — Ce procédé, qui facilite l'extraction et la toilette pupillaire, est celui qui donne les meilleurs résultats ; aussi est-il le plus employé. Il contient à lui seul plus de la moitié des opérations, neuf cent sept en tout.

Extraction après Iridectomie préparatoire. — Dans un grand nombre de cas, il est plus avantageux de faire une iridectomie préalable et d'attendre quelque temps (plusieurs semaines ou plusieurs mois) avant d'extraire le cristallin. Ce procédé, qui a été utilisé dans 419 cas, est de plus en plus en faveur à la Clinique ; il est actuellement à égalité avec l'extraction combinée.

Il rend, en effet, de très grands services chez les malades âgés, indociles ou présentant des complications pré-opératoires, ainsi que dans les cataractes compliquées, pour ne parler que des principales indications.

Iridectomies simples. — Il nous reste à citer les 53 iridectomies notées dans le tableau 2. Ce sont les cas dans lesquels l'état du malade n'a pas permis l'extraction, et aussi ceux qui mentionnent des iridectomies préparatoires dont les

opérés ne sont pas revenus à la Clinique, pour des raisons diverses. En particulier, les dix iridectomies de 1914 sont presque toutes pratiquées sur des malades dont l'extraction a été remise à plus tard.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

S'il est vrai que ce sont les résultats qui jugent de la valeur d'un procédé ou d'un traitement, il faut reconnaître que le procédé à lambeau conjonctival est excellent. Mais, avant de donner le chiffre des résultats, il convient de s'entendre et de fixer la valeur des termes employés.

Nous entendons par résultats bons, tous les cas où le malade présentait à son départ de la Clinique une vision égale ou supérieure à 0,1 après correction. Les résultats médiocres sont ceux dans lesquels la vision est inférieure à 0,1, sans cependant aller jusqu'à la cécité complète. Enfin, les résultats nuls comprennent tous les cas où la vision est inférieure à 0.

Résultats bons. — Ce sont, nous l'avons déjà indiqué, les plus nombreux : onze cent cinquante-huit en tout. Mais les acuités de ces malades ont été prises au moment de leur sortie de l'hôpital ; aussi les chiffres obtenus sont-ils en quelque sorte bruts.

En effet, il faut tenir compte, pour apprécier le résultat visuel, de facteurs multiples. D'abord, l'acuité, faible parce que le malade n'est pas éduqué ou habitué à ses verres, augmente considérablement au bout de quelque temps. Il faut également tenir compte de l'astigmatisme, qui va toujours en diminuant. L'âge intervient aussi, et l'on comprend facilement que chez un homme de quatre-vingts ans une acuité de 0,2, par exemple, soit un beau résultat. Enfin, il existe souvent des débris

capsulaires qui se résorbent peu à peu, amenant ainsi une amélioration notable de la vision.

Résultats médiocres. — Ils sont relativement peu nombreux : deux cent cinquante-huit en tout. La raison en est donnée par la présence de débris abondants, par des complications post-opératoires, et surtout par l'existence de lésions du fond d'œil : cataractes pathologiques ou compliquées.

Beaucoup de ces résultats seraient classés parmi les bons si l'on avait pu revoir les malades après quelques mois, surtout dans les cas où la vision égale $1/50$ à $4/50$.

Résultats nuls. — Nous en trouvons cent trois, chiffre qui pourrait paraître élevé, mais qui s'explique si l'on tient compte de ce que la majeure partie de ces cataractes sont pathologiques avec fond d'œil très mauvais. Les autres comprennent les cas où des complications infectieuses ou accidentelles se sont produites.

Enfin, en terminant, nous citerons les cent neuf résultats classés sous la rubrique « non indiqués », et que nous n'avons pu retrouver.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS

Ce serait là, si on voulait le traiter à fond, un très gros chapitre, et d'une importance capitale, mais les raisons qui nous ont fait abandonner l'étude détaillée de notre statistique nous forcent à abréger et à n'indiquer que les choses essentielles. Nous aurons en vue dans cette étude les complications pré-opératoires, intra-opératoires et post-opératoires.

Complications pré-opératoires. — On peut dire sans crainte

d'exagération, et la simple observation des faits est là pour le montrer, que plus de cinquante pour cent des opérés présentent des complications pré-opératoires. Ce sont des malades indociles, malpropres, nerveux, d'autres présentent des affections oculaires (blépharites, conjonctivites, dacryocystites, etc). C'est grâce à un traitement approprié que les résultats obtenus sont, malgré tout, très bons. En effet, les malades sont nettoyés et surtout reçoivent, avant l'opération, des doses suffisantes de bromidia pour calmer toute irritabilité. De plus, la pratique constante d'une vraie gymnastique oculaire facilite la tâche des opérateurs.

Quant aux complications oculaires, elles sont soigneusement traitées avant l'intervention ; c'est ainsi, par exemple, qu'on fait systématiquement un pansement lacrymal à tout individu en instance d'opération. C'est là un procédé qui, rétablissant la perméabilité des voies lacrymales souvent obstruées, fait un véritable drainage en cas d'infection menaçante.

Complications post-opératoires. — Pendant l'opération, les complications observées sont rares, et les quelques cas mentionnés : Issue du vitré, Expulsion brusque du cristallin, Hernie de l'iris, Enclavement irien, Hémorragie ont été facilement traités.

Complications post-opératoires. — Nous en avons trouvé quelques-unes au cours de nos recherches ; elles sont surtout accidentelles : chute contre le rebord d'une table, coup de poing involontaire, etc., ou dues à l'indocilité des malades. D'ailleurs, les précautions que nous avons signalées au début de ce chapitre contribuent grandement à les raréfier, et la proportion des panophtalmies, pour ne citer que la plus grave des complications, est d'environ 4 pour mille : chiffre infime, si on le compare à l'état défectueux des malades avant l'opération.

Tableau 1

ANNÉES	Hommes	Femmes	Enfants	Total	RÉSULTATS			
					Bons	Médiocres	Nuls	Non indiqués
1898	67	42	4	113	78	21	5	9
1899	66	35	6	101	68	19	3	11
1900	47	30	5	82	60	10	4	8
1901	53	27	4	83	68	10	2	3
1902	51	28	2	81	63	9	4	5
1903	44	26	4	74	66	5	2	1
1904	68	27	5	100	84	10	2	1
1905	50	31	6	87	50	20	8	9
1906	52	30	8	90	60	14	4	12
1907	51	21	1	73	40	15	9	9
1908	75	40	9	124	80	23	10	11
1909	64	57	4	125	79	24	14	8
1910	61	38	10	109	70	25	5	8
1911	64	47	5	116	77	13	12	14
1912	52	39	3	94	70	16	4	4
1913	68	30	3	101	78	18	3	5
1914	41	31	3	75	67	6	2	n
	967	580	82	1628	1158	258	103	109

Tableau 2

Méthodes	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	TOTAL
Abaissement	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3
Discision.....	1	2	3	»	4	2	3	4	5	1	1	»	1	3	»	1	2	33
Aspiration.....	»	2	7	6	4	4	6	5	3	3	6	1	4	3	2	»	1	57
Extract. lineaire...	»	1	1	2	1	»	»	1	»	1	1	»	6	1	»	»	»	15
Extract. simple....	20	12	4	5	13	2	9	3	13	13	16	4	8	2	11	4	»	141
Extract. combinée..	68	69	56	46	38	55	64	57	50	40	62	58	58	71	42	48	25	907
Extract. après Ir- dectomie.....	23	11	8	24	20	10	18	8	17	14	27	52	31	35	39	45	37	419
Iridectomie simple..	1	4	1	»	1	1	»	9	»	»	11	10	1	1	»	3	10	53
Total général.....	113	101	82	83	81	74	100	87	90	73	124	125	109	116	94	101	75	1628

CONCLUSIONS

I. — Le Procédé à lambeau conjonctival, tel qu'il est pratiqué et décrit par M. le Professeur Truc, est un procédé simple, rationnel et donnant toutes garanties de sécurité.

II. — La Statistique des cas opérés de 1897 à 1914 et les résultats obtenus montrent la valeur de ce procédé.

III. — Le nombre relativement peu élevé des complications est une preuve que les soins pré-opératoires, tels qu'ils sont pratiqués à Montpellier, le pansement lacrymal en particulier, sont d'excellents moyens de réussite.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1914.
Pour le Recteur,
Le Professeur de Faculté délégué,
P. GACHON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- Delord.** — De l'Abaissement de la cataracte (Thèse de Montpellier, 1900).
- P. Petit** (Rouen). — Sur l'extraction de la cataracte avec petit lambeau conjonctival, in *Annales d'Oculistique*, septembre 1914.
- Truc.** — Extraction de la cataracte à petit lambeau conjonctival libéré, in *Revue générale d'Ophtalmologie*, 28 février 1914.
- Truc.** — Préliminaires thérapeutiques dans l'opération de la cataracte. — Leçon clinique, 10 mars 1913.
- Truc.** — Éléments d'Ophtalmologie.
- Truc.** — Bulletins annuels de la Clinique ophtalmologique. — Années 1887 à 1892.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
	—
INTRODUCTION.....	11
PREMIÈRE PARTIE. — Extraction de la cataracte à petit lambeau conjonctival libéré.....	13
DEUXIÈME PARTIE.	
Chapitre I. — Nombre et nature des cataractes opérées de 1898 à 1914.....	27
Chapitre II. — Procédés opératoires.....	29
Chapitre III. — Résultats.....	31
Chapitre IV. — Complications.....	32
CONCLUSIONS.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
